(様式２)

**事業計画書**

１　各事業の方針・事業所の特徴

下記①～④の項目を含め、各受託事業の方針、貴事業所の特徴などを記入してください。

(この計画書は、区民の皆様に、貴事業所のご案内を行う時に使用いたします)

　①産後ケアについて、大切にしていること。

②事業所の特徴としていること。

③行政との連携について。

④ショートステイ及びデイケアについては受入れ月齢または週数

|  |  |
| --- | --- |
| □　ショートステイ |  |
| □　デイケア |  |
| □アウトリーチ |  |

２　業務の実施体制について

（1）従事者一覧

(ショートステイ・デイケア・アウトリーチ)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 資　格　※ | 担当業務 | 類似業務の  経験年数 | 中野区妊娠・出産・子育てトータルケア事業での妊産婦に育児指導の経験の有無 |
| 管理者 |  |  |  |  |  |
| 従事者 |  |  |  |  |  |
| 従事者 |  |  |  |  |  |
| 従事者 |  |  |  |  |  |
| 従事者 |  |  |  |  |  |
| 従事者 |  |  |  |  |  |
| 従事者 |  |  |  |  |  |
| 従事者 |  |  |  |  |  |
| 従事者 |  |  |  |  |  |
| 従事者 |  |  |  |  |  |

（欄が不足の場合は別紙にてご対応ください）

ショートステイ：管理者・従事者の各資格については資格・免許証のコピーを添付してく

ださい。

デイケア　　　：助産師１名以上・免許証のコピーを添付してください。

アウトリーチ　：訪問する助産師の免許証のコピーを添付してください。

（2）産後ケア事業で使用する病床数（ショートステイ・デイケア）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　床

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（3）中野区以外で契約している自治体がある場合には自治体名を記載してください。（令和8年度契約予定の場合も記載してください。）